



Saludos! Esta carta es para darle la bienvenida a Community Health of Central Washington. Adjunto encontrará nuestro paquete de registro de la clínica.

Este paquete incluye un formulario de registro del paciente, un formulario de historial médico y un formulario de consentimiento para la familia y otros. Utilice el formulario de Consentimiento para familiares y otros para especificar cualquier restricción o permiso con respecto a la comunicación entre nuestro personal y su familia y otros.

Que traer a su primera cita:

- Tarjeta de seguro
- Identificación fotográfica
- Frascos de medicamentos que está tomando actualmente (esto nos permite verificar su medicamento, dosis y frecuencia).

Regístrese en la recepción 15 minutos antes de la hora programada para su cita.

Esperamos poder brindarle la mayor atención posible. Como nuestro paciente, tiene derecho a esperar lo siguiente de nosotros:

- Respetaremos sus creencias y valores
- Brindaremos respuestas a sus preguntas médicas
- Programaremos citas de seguimiento y referencias según sea necesario

Esperamos lo siguiente de usted:

- Solicitamos un aviso de 24 horas para cancelar una cita. Después de 3 "NO SHOWS", se le asignará el estado de cita para el mismo día
- Proporcione un aviso con 72 horas hábiles de anticipación para reabastecimiento de recetas
- Sea respetuoso con los miembros de nuestro personal

Traiga el paquete de paciente nuevo completo a nuestra oficina antes de programar una cita.

¡Gracias por elegir CHCW! ¡Esperamos poder brindarle atención!



## Formulario De Registro

### Información del Paciente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Archivo: \_\_\_\_\_

Domicilio de correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Domicilio físico: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado civil del paciente:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a

Situación laboral del paciente:  Trabaja Tiempo completo  Trabaja Medio Tiempo  Desempleado  
 Trabaja Independiente  Estudiante  Militar  Jubilado

Si actualmente trabaja, indique el nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

### Información del garante

Nombre del garante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio de correspondencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

### Información de aseguranza:

Nombre de la **aseguranza primaria:** \_\_\_\_\_

Número de identificación de la aseguranza #: \_\_\_\_\_ Numero de grupo de la aseguranza #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)

Dirección del suscriptor: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la **aseguranza secundaria:** \_\_\_\_\_

Número de identificación la **aseguranza secundaria** #: \_\_\_\_\_

Numero de grupo de la **aseguranza secundaria** #: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ Sexo de suscriptor: Masculino o Femenino (circule uno)

Dirección del suscriptor: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Recibe tratamiento médico de otro doctor?  Sí  No

**\* Si marcó "Sí", por favor proporciónenos con los nombres de esos doctores abajo.**

### Si tiene más de 18 años

Directiva avanzada en vigor?  Si\*  No  Testamento vital  DPOA  DNR  POLST

**\* Si marcó "Sí", por favor proporciónenos una copia del documento**

Gustaría tener más información acerca de la Directiva Avanzada?  Sí  No

**Agradecemos que nos haya elegido como su proveedor de atención médica. Brindamos servicios personas con o sin aseguranza o personas con insuficiente aseguranza. Nuestra clínica recibe fondos del gobierno, lo que nos obliga a recabar y reportar información sobre la población de nuestros pacientes. Por este motivo, necesitamos que responda las siguientes preguntas.**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Archivo: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Ingreso mensual de su vivienda? (Mire la gráfica de abajo) \_\_\_\_\_ =Ingreso Anual



¿Idioma principal? \_\_\_\_\_

¿El paciente es hispano o latino?  Si  No

¿A cuál de los siguientes grupos pertenece el paciente? (Marque solo uno) «AdditField6»

- Negro/Afroamericano  Asiático  Americano Nativo/Originario de Alaska  Nativo Hawaiano  
 Otro Isleño del Pacifico  Blanco  Mas de una raza  Me niego a reportar/No reportado

**Si tiene más de 13 años**

**Identidad de género:**

- Masculino  Femenino  
 Transgénero Masculino/Femenino-a- Masculino  Transgénero Femenino/Masculino-a-Femenino  
 Otro  Decide no revelar

**Orientación sexual:**

- Hetero (no es lesbiana/gay)  Lesbiana o gay  Bisexual  No se  Algo más  Decide no revelar

¿Necesita un intérprete?  Si  No

¿Necesita asistencia para leer o escribir?  Si  No

¿Si es mayor de 18 años, El paciente es un veterano?  Si  No

**Experiencia en agricultura (trabajo de granja):**

1. En los últimos 2 años, ¿usted o alguna persona en su familia ha trabajado en algún tipo de actividad en la agricultura (trabajo de granja)? Por ejemplo: preparación, irrigación o fumigación de campos, viveros, huertos; plantar, recoger, clasificar, empaquetar o transportar frutas, vegetales, granos, frutos secos, plantas, tabaco, lúpulo, flores, hierba, alfalfa, heno u otros productos agrícolas; plantar árboles; trabajar con árboles de Navidad; recoger las agujas de pino o musgo español; cuidar gallinas, patos, pavos, vacas, cabras, ovejas, peces, almejas, etc., o realizar cualquier otro tipo de trabajo de granja, etc. \_\_\_Sí \_\_\_No

2. En los últimos 2 años, ¿usted o algún miembro de su familia se mudó a otra zona y vivió lejos de su hogar para trabajar en cualquier tipo de actividad en la agricultura (trabajo de granja)? \_\_\_Sí \_\_\_No

3. ¿Usted o algún miembro de su familia dejó de trabajar en la agricultura (trabajo de granja) por una discapacidad o a causa de la edad (edad avanzada como para realizar el trabajo)? \_\_\_Sí \_\_\_No

**For office use only : (YES to #1 and #2 = Migrant) (YES to #1 and NO to #2 = Seasonal) (YES to #3= Aged/Disabled) (NO to #1, #2 and #3 = Non-farmworker)**

**Situación de vida actual del paciente:** \_\_\_\_\_

- Es dueño/alquila una casa o apartamento  Hogar de transición  
 Vive sin hogar  Entre Viviendas  
 Refugio para indigentes

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Archivo: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

### Autorización y consentimiento

- Doy mi consentimiento para la realización de exámenes, diagnóstico o tratamiento de mi afección de salud médica o dental en una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington.
- Doy mi consentimiento y autorización a mi proveedor/clínica o sus personas designadas para pedir o realizar todos los exámenes, pruebas, procedimientos y cualquier otro cuidado considerado necesario o recomendable para el diagnóstico y tratamiento de mi afección de salud médica o dental.
- Este consentimiento es válido para cada visita que realice a una clínica de Salud Comunitaria de Central Washington a menos que sea revocado por mí por escrito.
- Autorizo y solicito a mi compañía de aseguranza que realice los pagos de beneficios que me corresponderían directamente a Salud Comunitaria de Central Washington.
- Entiendo que mi compañía de aseguranza médica o dental probablemente pague un monto menor por los servicios que el de la factura real y que soy responsable financieramente de todos los cargos por servicios prestados a mí o a mis dependientes, incluyendo el saldo restante luego de realizar el pago de posibles beneficios de aseguranza, deducibles y copagos correspondientes.
- He recibido, revisado y entiendo los Derechos y Responsabilidades del Paciente
- He recibido el Aviso de prácticas de privacidad:

### Firma

Paciente/Padre/Garante \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## **Consentimiento del Paciente Adolescente para Contactar a Otros**

### **ATENCIÓN A LOS PADRES:**

La Ley del Estado de Washington protege a los pacientes adolescentes con confianza para recibir atención médica relacionada con la salud reproductiva, las ITS, el uso de sustancias y la salud mental.

Para cumplir con la Ley del Estado de Washington, Community Health of Central Washington requiere que el PACIENTE complete la siguiente información:

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

¿Tienes tu propio celular?                    Y                     N

¿Cual es tu propio numero de teléfono celular? \_\_\_\_\_

¿Cual es to propia dirección de correo electrónico? \_\_\_\_\_

Yo, el paciente mencionado anteriormente, permito que Community Health of Central contacte a las siguientes personas si no pueden comunicarse en mi propio numero de teléfono celular. A las personas enumeradas NO SE les dará información detallada sobre mi atención, solo se utilizarán para averiguar como contactarme.

Yo, el paciente mencionado anteriormente, NO autorizo a Community Health of Central Washington a contactar a otra persona que no sea yo.

Indique a continuación quien esta autorizado para recibir llamadas telefónicas en tu nombre.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Yo, como se indico anteriormente, entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información proporcionada en este formulario según sea necesario.

\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

## **Derechos del Paciente**

### **Acceso a Cuidados**

Los individuos tendrán acceso imparcial a tratamientos o adaptaciones disponibles o indicadas medicamente, independiente de su raza, credo, sexo, origen nacional, valores culturales o espirituales, discapacidad o fuente de pago.

### **Proveedores de cuidado**

Usted tiene derecho a saber que medico u otro proveedor es el principal responsable de su atención. Su equipo de atención medica puede incluir otros médicos, médicos residentes, asistentes, enfermeras, enfermeras especializadas, estudiantes y otros proveedores de atención medica.

### **Respeto y Dignidad**

Usted tiene el derecho de recibir atención considerada y respetuosa en todo momento y en cualquier circunstancia, con el reconocimiento de la diversidad y las preferencias religiosas o espirituales.

### **Privacidad y Confidencialidad**

Usted tiene derecho, dentro de la ley, a la privacidad personal e informativa, como lo demuestran los siguientes derechos:

- Esperar que cualquier discusión o consulta que involucre su cuidado se lleve a cabo de manera discreta y que las personas que no estén directamente involucradas en su cuidado no estén presentes sin permiso.
- Su expediente medico solo se puede acceder por las personas para fines comerciales legítimos y según lo permitido por la ley.
- Esperar que todas las comunicaciones y otros registros relacionados con su atención, incluida la fuente de pago, sean tratados como confidenciales.

### **Los Cargos**

Usted tiene derecho a recibir una copia de una factura detallada razonablemente clara y comprensible y de que se le expliquen los cargos a solicitud. Usted tiene derecho a recibir, si lo solicita, información completa y el asesoramiento necesario sobre la disponibilidad de recursos financieros conocidos para su cuidado. Usted tiene derecho a recibir, si lo solicita y antes del tratamiento, una estimación razonable de los cargos por su atención.

### **Consentimiento**

Usted tiene derecho a participación razonable e informada en las decisiones relacionadas con su atención medica. En la medida de lo posible, esto debe basarse en una explicación clara y concisa de su condición y los procedimientos planificados, incluidos los beneficios, las posibilidades de cualquier riesgo, los problemas relacionados con la recuperación y la probabilidad de éxito. Antes de cometerse a cualquier procedimiento, usted o su representante legal proporcionaran voluntariamente su consentimiento informado. Se le informara si existen alternativas medicamente significativas para la atención o el tratamiento.

### **Rechazar el Tratamiento**

Usted o su representante legal pueden rechazar el tratamiento en la medida en que lo permita la ley. Cuando el rechazo del tratamiento por parte d usted o su representante legal impida que se proporcione la atención adecuada de acuerdo con los estándares profesionales, nuestra relación con usted puede darse por terminada con una notificación razonable.

### **Derecho a Acceder a su Registro Medico**

Usted tiene el derecho de revisar y recibir sus registros médicos como sujetos a las leyes estatales y las políticas de CHCW.

### **Para compartir inquietudes o sugerencias**

Usted tiene derecho a compartir inquietudes o sugerencias sin temor, repercusión o discriminación.

### **Respeto y Consideración**

Usted es responsable de ser considerado con los derechos de otros pacientes y del personal de la clínica. Usted es responsable de ser respetuoso con la propiedad de los demás y de la clínica. Usted entiende que cualquier comportamiento abusivo o irrespetuoso puede resultar en su despido de Community Health of Central Washington. Esto incluye:

- No usar malas palabras o lenguaje grosero
- No fumar
- No importar armas incluyendo armas de fuego permitidas en cualquier edificio de CHCW
- No actuar de forma agresiva, disruptiva o amenazadora
- No tomar videos ni fotos mientras esté en cualquier edificio de CHCW sin el consentimiento del personal
- Controlar el nivel de ruido de sí mismo y los que estén con usted

### **Proporcionando Información**

Como paciente, usted es una parte importante del equipo de atención médica. Por lo tanto, usted es responsable de:

- Participar en sus decisiones de atención y salud
- Proporcionar, a lo mejor de su conocimiento, información precisa y completa sobre quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y otros asuntos relacionados con su salud
- Reportar cambios inesperados en su condición al profesional responsable
- Comunicar si entiende claramente su plan de atención y que se espera de usted

### **Los Cargos**

Usted es responsable de garantizar que sus obligaciones financieras por la atención médica recibida se cumplan lo más pronto posible.

### **Conformidad**

Usted es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional principal responsable de su atención. Esto puede incluir seguir las instrucciones de las enfermeras y el personal a medida que llevan a cabo su plan de atención, implementar las ordenes del profesional responsable y hacer cumplir las normas y regulaciones de la clínica aplicables. Usted es responsable de asistir a las citas y de notificar a su clínica cuando no pueda hacerlo.





## Consentimiento para divulgar información a familiares o otros

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor revise lo siguiente y **marque todas las casillas que apliquen**:

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente), autorizo al personal de CHCW a dejar un correo de voz detallado en mi número de teléfono principal \_\_\_\_\_.

Por favor revise lo siguiente y **marque UNA de las opciones a continuación**:

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **NO** autorizo la divulgación de información médica que no sea la que proporciona la ley.

Yo, el paciente mencionado anteriormente (o padre/tutor legal del paciente), **autorizo a las siguientes personas(s) incluidas en la lista** a participar de manera indefinida en mi atención médica. Autorizo a la oficina anterior para liberar:

Medico (Med.)

Verbal

Escrito

Prescripción de papel

Financiero (Fin.)

Verbal

Escrito

Requerido

Indique a continuación quien esta autorizado para recibir información de sus registros:

Med. Fin.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Yo, el paciente mencionado anteriormente (o el padre/tutor legal del paciente), entiendo que, si este formulario no se completa correctamente, no es valido y se destruirá. También entiendo que es mi responsabilidad actualizar la información proporcionada en este formulario según sea necesario.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente (o padre/tutor legal y relación)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Póliza de No Arribo**

Estimado Paciente,

Nos gustaría tomar un momento para darle la bienvenida a nuestra práctica. Estamos muy contentos de que usted ha elegido la Salud Comunitaria del Centro de Washington-Ellensburg para ser su proveedor de atención primaria y esperamos que le proporcione la atención de salud excepcional.

En un esfuerzo para maximizar el tiempo que su proveedor pasa con usted y para reducir el tiempo de espera, por favor revisa la siguiente Póliza de No Arribo:

- Nuestra clínica solicita que los pacientes nos proporcionen notificación 24 horas si la cita tiene que ser cancelada o reprogramada. Con 24 horas de anticipación, entonces tenemos tiempo suficiente para programar otro paciente en la cita.
- Por supuesto, también entendemos que a veces se producen acontecimientos imprevistos, por lo que en situaciones de emergencia, solicitamos al menos una hora antes de la notificación en caso de que sea incapaz de hacer su cita.
- En caso de no presentarse durante tres nombramientos dentro de una rodadura año calendario, se le pedirá que llame antes de las 3 pm del día anterior a sus citas programadas para confirmar que estará aquí.

Valoramos a nuestros pacientes y queremos seguir ofreciendo una atención de calidad. Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina al (509) 962-1414.

Atentamente,

Community Health of Central Washington-Ellensburg